



Número: **0800865-96.2017.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **04/08/2017**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO (AUTOR)		JOSE FERREIRA NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34588 471	22/09/2020 10:23	2752037_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160470074 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO **Data do acidente:** 14/05/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE E TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: AMÉRICO CLAUDIO MESAUTAS FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: ACIONISTA, portador(a) do RG 2445436, órgão expedidor SSP-PB
 e do CPF: 040.899.474-64, residente no(a) Rua Antonio Maria De Azeite
 nº 51N, bairro: Belo Horizonte, município: Piancó / PB.

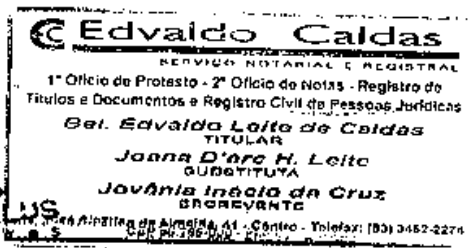
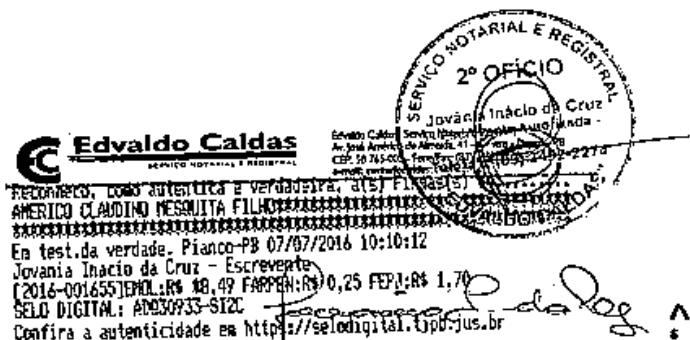
OUTORGADO:

Nome: EMERTON RIBEIRO AMARAL BENTO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: AUTÔNOMO, portador(a) do RG 2899193, órgão expedidor SSP-PB
 e do CPF: 059.064.214-67, residente no(a) Rua 09 De Fevereiro
 nº 51N, bairro: Centro, município: Piancó / PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima AMÉRICO CLAUDIO MESAUTAS FILHO.

Local e Data: Piancó - PB, 07/07/16

Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)



ANGELUS
seguros

28 JUL. 2016



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2016

Carta nº: 9494067

A/C: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Sinistro: 3160470074 ASL-1000790/16
Vitima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01991/01992 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2016

Carta nº: 9496906

A/C: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Sinistro: 3160470074 ASL-1000790/16
Vítima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00395/00396 - carta_03



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2016

Carta nº: 9800545

A/C: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Sinistro: 3160470074 ASL-1000790/16
Vítima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFAEL ANGELO BENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01125/01126 - carta_02



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2016

Carta nº: 9940420

A/C: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Sinistro: 3160470074 ASL-1000790/16
Vitima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Valor: R\$ 10.125,00

Banco: 001

Agência: 000000634-3

Conta: 000010028318-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.125,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 =	R\$	10.125,00
---	-----	-----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01233/01234 - carta_15R



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160470074 - 1
Nome do(a) Examinado(a): AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
Endereço do(a) Examinado(a): RUA ANTONIO MARIA DE ARANTES nº 00 - BELO HORIZONTE - PIANCO/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2445486 - SSP
Data local do exame: 10/10/2016 CAICO/RN

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Evolui apresentando hemiparesia a direita acentuada incoordenação motora com intensa dificuldade para deambular, tem raciocínio lento dificuldade de se comunicar, rebaixamento intelectual, foi tratado de forma conservadora, passou alguns dias internado em coma, encontra-se de alta desde 30/08/2016 com sequelas neurológicas importantes.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR: ENQUADRAMENTO E GRADUAÇÃO BASEADA EM INFORMAÇÕES DE MÉDICO AVALIADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - CAICO, 10/10/2016

Médico Perito: SILVIO SANTOS CRM:757RN/RN


DR. SILVIO SANTOS
CRM: 757RN/RN
CPF: 056.174.364-15

Assinatura do perito Examinador - CRM



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160470074 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO **Data do acidente:** 14/05/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Resultados terapêuticos: Evolui apresentando hemiparesia a direita acentuada incoordenação motora com intensa dificuldade para deambular, tem raciocínio lento dificuldade de se comunicar, rebaixamento intelectual, foi tratado de forma conservadora, passou alguns dias internado em coma, encontra-se de alta desde 30/08/2016 com sequelas neurológicas importantes.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: SILVIO SANTOS

CRM do médico: 757RN

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*

Nº DO SINISTRO _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, AMÉRICO CÍNDPIO MACHADO FILHOPORTADOR(A) DO RG Nº 244 5436 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 08 / 07 / 97 ECPF 040899444-64 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA AMÉRICO CÍNDPIO MACHADO FILHO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0634-3 N° da CONTA (com dígito, se existir) 28-318-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Praia - PB, 22 de JULHO de 2016

LOCAL E DATA

Proveniência Claudine Obequeto Filho

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/07/2016 AUTO-ATENDIMENTO 19.27.16
063472146 132

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUpanCA

DEBITADO
AGENCIA: 0634-3 CONTA: 6.052-6
CLIENTE: FRANCISCO ALVES BENTO

FAVORECIDO
AGENCIA: 0634-3 CONTA: 28.318-5 VAR: 51
CLIENTE: AMERICO C MESQUITA FH
VALOR: 1.00

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela MP. 567/2012:

Leia no verso como conservar este documento.
entre outras informacoes.

ANGELUS
seguros
28 JUL. 2016





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PIANÓ



DOCUMENTO 1 'T196'



Atendimento

Data: 30/06/2016

Hora: 09:35

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº792/2016

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTOCICLETA**

Data e local do fato: **14/05/2016, PB QUE PIANÓ A COREMAS** hora: **15H00**

Sob a responsabilidade do Del. Pol. **SILVIA ALENCAR CARVALHO GOMES.**

Notificante: **AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO**, alcunha " ",
Nacionalidade: BRASILEIRA, naturalidade: PIANÓ-PB, nascido em 24/04/1981,
documento: RG 2445436-SEDS-PB, CPF 040.899.474-64, filho(a) de AMERICO CLAUDINO
MESQUITA e de BRIGIDA MARIA DA CONCEIÇÃO, endereço: Rua ANTONIA MARIA DE
ARANTES, S/N, ALTO BELO HORIZONTE, PIANÓ-PB, referência:

Vítima: **O NOTIFICANTE**, alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: ,
idade: ***, nascido em / / , cor/raça: ***, Estado Civil:
*****, Profissão: , Escolaridade: *****, documento: , filiação: e de
, endereço: *****, referência:

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: Relata o notificante que na data, local e hora acima mencionados, trafegava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 13/14, PLACA OGF 995/PB, COR PRETA, CHASSI 9C2JC4110ER706006, licenciada em seu nome, quando em uma curva perdeu o controle da motocicleta vindo a cair fora da pista de rolamento; Que, na ocasião do acidente se encontrava sozinho; Que, foi socorrido pelo SAMU, e após os primeiros socorros foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde ficou internado por 18 dias. Nada mais a consignar.

Américo Claudino Mesquita Filho
Notificante / Testemunha Arrogada

FRANCISCO ALVES BENTO
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1

ANGELUS
seguros
28 JUL. 2016



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA
SOCIAL
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE **PIANCÓ**

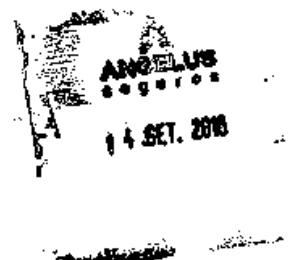
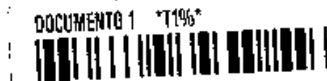


ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 792/2016
Datado de 30/06/2016.
Vítima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO.

**No campo histórico onde se lê a Placa OGF 995/PB,
leia-se OGF 9955/PB.**

PIANCÓ-PB, 11 DE AGOSTO 2016.

Francisco Alves Bento
Agente de Investigação
Mat. 137.339-1



Atendimento

Data: 30/06/2016

Hora: 09:35

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 792/2016

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTOCICLETA**

Data e local do fato: **14/05/2016, PB QUE PIANCÓ A COREMAS** hora: **15H00**

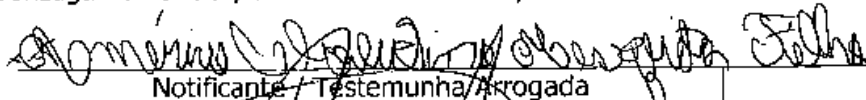
Sob a responsabilidade do Del. Pol. **SILVIA ALENCAR CARVALHO GOMES.**

Notificante: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO, alcunha " ",
Nacionalidade: **BRASILEIRA**, naturalidade: **PIANCÓ-PB**, nascido em **24/04/1981**,
documento: **RG 2445436-SEDS-PB, CPF 040.899.474-64**, filho(a) de **AMERICO CLAUDINO
MESQUITA** e de **BRIGIDA MARIA DA CONCEIÇÃO**, endereço: **Rua ANTONIA MARIA DE
ARANTES, S/N, ALTO BELO HORIZONTE, PIANCÓ-PB**, referência:

Vítima: O NOTIFICANTE, alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: ,
idade: ***, nascido em / / , cor/raça: ***, Estado Civil: ,
*****, Profissão: , Escolaridade: *****, documento: , filiação: e de
, endereço: *****, referência:

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: Relata o notificante que na data, local e hora acima mencionados, trafegava conduzindo a motocicleta **HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 13/14, PLACA OGF 995/PB, COR PRETA, CHASSI 9C2JC4110ER706006**, licenciada em seu nome, quando em uma curva perdeu o controle da motocicleta vindo a cair fora da pista de rolamento; Que, na ocasião do acidente se encontrava sozinho; Que, foi socorrido pelo SAMU, e após os primeiros socorros foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde ficou internado por 18 dias. Nada mais a consignar.



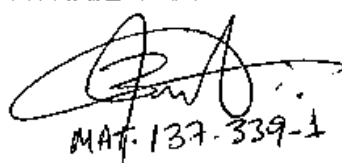
Notificante / Testemunha / Arrogada

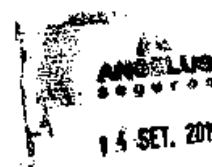
FRANCISCO ALVES BENTO
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1

ADITAMENTO:

NO HISTORICO ONDE SE LÊ 995/PB, LEIA-SE 9955-PB.

PIANCÓ PB. 11/08/16.


MAT. 137.339-1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, AMÉRICO CLAUDINO MESQUITA FILHO, portador da carteira de identidade nº 244 5436 e inscrito no CPF/MF sob o nº 040.899.474-64, residente e domiciliado na RUA ANTONIA MARIA DE ARANTES, Cidade PINCO, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *13%



Américo Claudino Mesquita Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PINCO - PB, 32/07/16

Local e data

ANGELUS
seguros
28 JUL. 2016





SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: USA 01

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: 14/05/16 OCORRÊNCIA Nº: 0039 PACIENTE/USUÁRIO: AMÉRICO CAUQUINO MESQUITA IDADE: 34 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: RD. DE COREMPS 342 BAIRRO: DR. RÔMULO MÉDICO REGULADOR:
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ OUTRO:
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRANSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-INTOXICAC	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: MR PATOS RESPONSÁVEL: PAULA B. LIMA FUNÇÃO: BOQUEIRÃO

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DOCUMENTO 2 12%



DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <80mm Hg

P.A.: 100 x 60 FC: 75 FR: 18 TEMP: 36.5 °C GLICEMIA: 134 mg/dl E. Com a: 93 SpO2a/O2: 99 SpO2c/O2: 99

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância e Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Prejudicada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

REALIZADO CONDUITA MÉDICA, VENÓCLISE, MONITORIZADO

ANGELUS
28 JUL 2016

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, IMOBILIZADO EM PRANCHETA COM COLAR CERVICAL GLASGO 7 (GIC) PCT ESTAVA EMBRAGADO
APÓS AVALIAÇÃO DO HT FOI REALIZADA ENTUBAÇÃO E O MESMO FOI ENCAMIINHADO



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

TCE? Alcoolismo / Queda de moto

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBÚ") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE Membros ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OTOTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

SRL + SF 0,9% + SG 5% + midazolam (0,2 amp - 1,5mg)

Oxigenoterapia

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

Paciente vítima de queda de moto, alcoolizado, com TCE, com relaxamento do nível de consciência (Glasgow - 7), levado ao HAP. Pronto, entubado e transferido para HAP. Ratos. Sem sinais vitais preservados, resposta a estímulos dolorosos. Transferido sem intercorrências. Pupilas reativas e em miase.

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(A): *[Assinatura]* COREN: _____ MAT.: _____

FISIOTERAPEUTA: _____ CREFITO: _____ MAT.: _____

INDUTOR: *FLÁVIO* MAT.: _____





SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: MT-02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: <u>14/05/16</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>0032</u>	PACIENTE / USUÁRIO: <u>RAFAEL CLAUDIO MESQUITA</u>	IDADE: <u>35</u>	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>BL - COLÔMBIA</u>	Bairro: <u>BL</u>	MÉDICO REGULADOR:		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☒ OUTRO: <u>USB-01 - USA-01</u>				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECURSU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/ISOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUESIMADURAS
☐ F.A.D.	☐ OUTROS
☐ F.A.E. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA: 110 x 80 FC: FR: _____ TEMP: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 80 SpO2c/O2: 80

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

PAC 110, VITIMA DO ACIDENTE DO MOTOCICLETA, COM LESÕES NO M50
EM IMOBILIZAÇÃO EM PLACAR VERDE, COM COLAR CERVICAL, FOI ENVIADO
PARA O HOSPITAL - USA-01

ANGELUS
28 JUL 2016

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Politrauma por acidente de moto

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASSITRAÇÃO ☐ OTOTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT: _____

TÉCNICO DE ENFERM.: *[Assinatura]* COREN: *685.049* MAT: _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010028318-7

Nr. da Autenticação 13B493CB5B91C687





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, AMÉRICO CLAUDINO MESQUITA FILHORG nº 2445436, data de expedição 08/07/97, Órgão SSP-PB,

CPF nº 040.899.474-64, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ANTONIO MARIO DE ARANTES</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>BELO HORIZONTE</u>
Cidade	<u>PIANCO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.765-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99129-6366 / 99820-1557</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PIANCO-PB, 12/07/16

Assinatura do Declarante: Américo Claudino Mesquita Filho

ANGELUS
seguros
28 JUL. 2016



DANIELE LIMA DE FARIAS MERGUITA
RUA ANTONIA MARIA DE ARAUJO, S/N - BELO HORIZONTE
PARQUE I/PB CEP: 58065000 (MG-144)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO
Referência: Jun / 2016
Emissão: 08/08/2016

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. Celso Freire, 100 - Jd. Pimenta - CEP 58071-000
CNPJ 08.086.193/0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal de Conta de Energia Elétrica F000 205.640
Código para Omissão Automática: 000000000000

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br
Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 5/885348-3**

Jun / 2016
Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 20 de abril de 2002.

Apresentação

08/08/2016

Data prevista da próxima leitura

11/07/2016

CPF/CNPJ/RANI
3118781458
Ins. Est.

Faturas em atraso

23/11/2015 2842,51

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
08/05/16	08/08/16	3332	334	30
Ora	Ora			
2998	3332			
Demonstrativo				
Quantidade			Preço	Valor (R\$)
Despesa			0,14483	4,23
Consumo até 200 kWh - BR			0,34794	17,25
Consumo - 31 a 100 kWh - BR			0,37181	44,82
Consumo - 101 a 220 kWh - BR			0,41324	47,10
Consumo acima de 220 kWh - BR				26,26
Subtotal				58,46
ICMS				2,22
PIS				10,68
COFINS				18,40
LANÇAMENTOS E SEPARAÇÕES				-17,11
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA				-26,26
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR - CIC 04/2016				
Reajuste Subtotal				

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/16	393
Abr/16	420
Mar/16	444
Fev/16	348
Jan/16	407
Dez/15	207
Nov/15	222
Out/15	265
Set/15	101
Ago/15	0
Jul/15	0
Jun/15	51

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR IPI
ICMS	209,09	37,00	58,45
PIS	209,09	1,1096	2,32
COFINS	209,09	5,1010	10,68

VERCIMENTO 15/06/2016
R\$ 184,12

Média dos últimos meses

393 kWh

RECEBIMENTO DE PAGAMENTO

5e77.0034.6842.233d.a1fc.fb39.2ca6.c498

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,20	17,20
DIC TRIMESTRAL	14,53	
DIC SEMESTRAL	26,08	
DIC ANUAL	3,99	
FC MENSAL	3,72	
FC TRIMESTRAL	15,45	
FC SEMESTRAL	1,14	
FC ANUAL	11,22	

Descrição	Valor (R\$)	%
Remuneração de Despesa de Energia Elétrica	41,81	22,83
Compensação de Energia	54,92	29,83
Serviço de Transmissão	9,38	5,09
Serviço de Distribuição	13,28	7,21
Impostos, Direitos e Encargos	87,83	47,55
Outros Serviços	6,06	3,29
Total	209,22	100,00

Valor do EUSO (R\$ 4/2016) R\$ 78,28

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatur(a)s em atraso a menos de 10 dias, desconsideramos esta mensagem.
- Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi inscrita como BARRA RENDA, tendo um desconto de R\$ 78,28.

ANGELUS seguros

28 JUL 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:23:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210235134300000033070570

Número do documento: 20092210235134300000033070570

Num. 34588471 - Pág. 21



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/96.

Pelo exposto, eu Emerson Rafael Borges Bento, portador(a) do
CNPJ nº 060.230.330-70, expedido por DUTAS - FIB, em
14 / 05 / 15, CPF/CNPJ nº 059.064.214-67,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) AMERICA
Claudio Messias Filho do sinistro de DPVAT da natureza INDIVIDUAL
da vítima AMERICA Claudio Messias Filho, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: CNPJ e Comp. Residência - Sem Comprovação
de Profissão e Renda.

Emerson Rafael Borges Bento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ANGELUS
seguros

28 JUL. 2016





GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Alexandre E. Albuquerque Filho		
End:	8 - Heliocastelo Sotilino 195	Bairro:	Piçarra
Data de Nascimento:	24-02-84	Documento de Identificação:	
Outra:	AC 1020	Data de Atendimento:	16-05-16
		Nome:	1º 28
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúria de ódio () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Doseagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Polêmica
Dor/dificuldade: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

UCCO.110

Estratificação

Empiric

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento sintomatológico

Assinatura e carimbo do profissional

ANGELUS
28 JUL 2016

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.298/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4708 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº: 133277

Nome: AMERSON M. SOUZA FILHO Sexo: M

Profissão: FARMACIA Distrito: BOM

Endereço: R. HENRIQUE SATIRO, 195 Bairro: Centro

Município: CAMPO DE MARIANA Estado: RN

Data de nascimento: 10/05/2016

DTA. NASCIMENTO: 10/05/2016

QUÍMICA: AGENTE DE AGITO

RACIA/COR

() 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDOS

() 4 - AZULADA () 5 - INDIGENA () 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

TC E PLACENTE Anore

TC E Plac - Sepsis - Parvovirus

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

TOXICOLOGIA

1. 2. 3. 4.

DIAGNOSTICO/CID: TC E Plac

NATUREZA DA CONSULTA

Consultas Básicas (PAB)

Consultas Especializadas

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

352

01 - JORNADA

02 - ACIDENTE NO TRAFEGO

03 - ACIDENTE NO TRAFEGO

04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRAFEGO

05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRAFEGO

MEDICAÇÃO

01 - PRESCRIÇÃO

02 - APRESENTAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

01 - OBSERVAÇÃO

02 - RESERVAÇÃO

03 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO PROCEDIMENTO

USG

OUTROS

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA)S ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLECAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

ANGELUS



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AMERICANO L. MELLOTTA F. C. P.

28.287

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

81910101511691181461

7 - DATA DE NASCIMENTO

24/02/81

8 - SEXO

M

9 - RUA

13

10 - RUA DO LAR DO PACIENTE

11 - CID

12 - TELEFONE DO CONTATO

13 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

R. Almeida

S. Paulo 155. Centro

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

R. Branco

15 - COD. INSC. MUNICIPAL

98

16 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

T.C.E. GRAVE V. ACIDENTE
Trauma FALC

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FOI T.C. - SEDE - P. M. 10/6
VM J. 10 - P. M. 10/6

18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULADOS DE EXAMES REALIZADOS)

T.C. - ANON / C. 01

19 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

T.C.E. GRAVE

20 - CID 10 PRIMÁRIO

21 - CID 10 SECUNDÁRIO

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

T.C.E. GRAVE

24 - CID 10

N. 01

25 - CATEGORIA DE INTERNAÇÃO

UP

26 - DOCUMENTO

1 - 1000 - 1 - 1000

27 - N.º DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PACIENTE)

28 - N.º DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PACIENTE)

29 - N.º DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PACIENTE)

30 - N.º DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PACIENTE)

31 - N.º DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PACIENTE)

32 - N.º DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PACIENTE)

33 - N.º DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PACIENTE)

34 - N.º DO DOCUMENTO (CÓDIGO DO PACIENTE)

35 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

36 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

37 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

38 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - ACIDENTE DE TRABALHO

41 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

43 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

44 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

45 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

46 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

47 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

48 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

49 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

50 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

51 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

52 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

53 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

54 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

55 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

56 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

57 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

58 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

59 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

AUTORIZAÇÃO

60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62 - DOCUMENTO

63 - DOCUMENTO

64 - DOCUMENTO

65 - DOCUMENTO

66 - DOCUMENTO

67 - DOCUMENTO

68 - DOCUMENTO

69 - DOCUMENTO

70 - DOCUMENTO

71 - DOCUMENTO

72 - DOCUMENTO

73 - DOCUMENTO

74 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

75 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

76 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

77 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

78 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

79 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

80 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

81 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

82 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

83 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

84 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

85 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

86 - DATA DE AUTORIZAÇÃO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - CID

2 3 5 2 8 5 6

4 - CID

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AMÉRICO G. MOTA F. LHO

6 - DATA DO NASCIMENTO

28/08/87

7 - CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

819180015116911814614

8 - DATA DO EXAME

24/08/20

9 - SEXO

M

10 - IDADE

33

11 - ENDEREÇO DO PACIENTE

R. Melim Sálvio 155 - Centro

12 - CID

Riacho

13 - CID

93

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

14 - PRINCIPAIS MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

T.C.E. GRAVE V. ACIDENTE
TRAUMA FAC

15 - CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO

JO T.F. - SEDOR - PONTA
VM T.C.E. GRAVE - 01

16 - PRINCIPAIS MOTIVOS DA INTERNAÇÃO

T.C.E. - 01 / 001

17 - CID

T.C.E. GRAVE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - TIPO DE PROCEDIMENTO

T.C.E. GRAVE

19 - CID

NCF

20 - DATA DE INTERNAÇÃO

24/08/20

21 - CID

100

22 - CID

100

23 - DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

De José Leão de Sousa

24 - CID

T.C.E. GRAVE

25 - CID

100

26 - CID

100

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

27 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

28 - ACIDENTE TRABALHISTICO

29 - ACIDENTE TRABALHISTICO

30 - CID

100

31 - CID

100

32 - CID

100

33 - CID

100

34 - CID

100

35 - CID

100

36 - CID

100

37 - CID

100

AUTORIZAÇÃO

38 - CID

100

39 - CID

100

40 - CID

100

41 - CID

100

42 - CID

100

43 - CID

100

44 - CID

100

ANGELUS
seguros

28 JUL 2016



COR SEGREÇÃO: ☒ Inglês ☐ Deutsch ☐ Espanhol ☐ Valde ☐ Italiano ☐ Rúsia ☐ Y

Page 64 of 119	5/20/2019 10:22 AM
-----------------------	---------------------------

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnostico

7568406



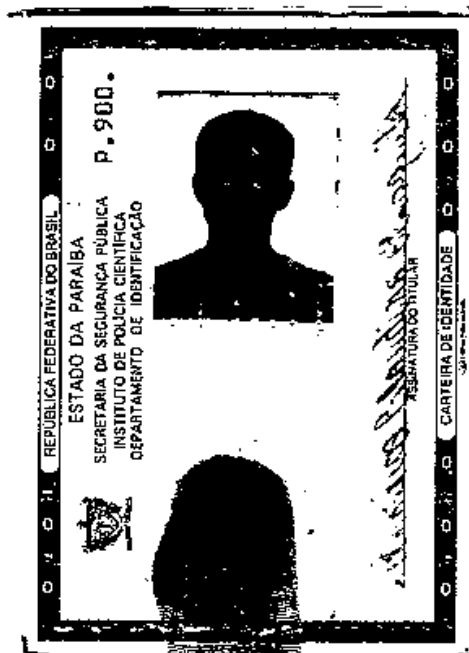
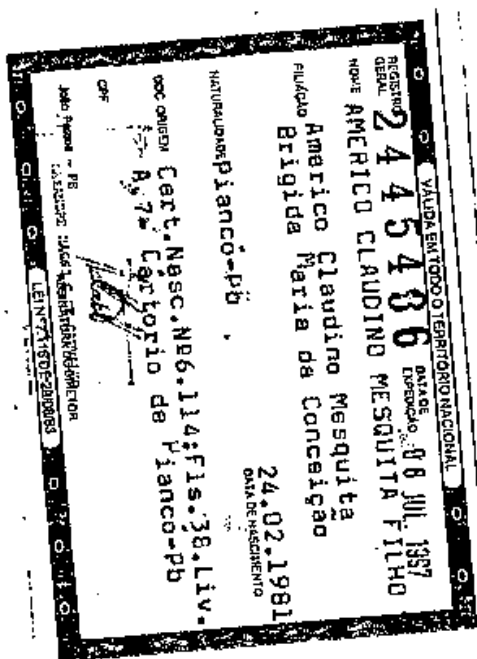
ANGELUS
28 JUL. 2016

Paciente	Amelice C. Pereira	Tratamento		Leito	07	Convênio	
----------	--------------------	------------	--	-------	----	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/17	Dieta clara - 2x/dia Siga 9h. 50ml. de Soro + 500ml. de Soro de 40ml. de Soro + 40ml. de Soro	10h 30m 10h 30m 10h 30m 10h 30m	Te. grave de de. grave
	Dieta clara - 2x/dia Siga 9h. 50ml. de Soro + 500ml. de Soro de 40ml. de Soro + 40ml. de Soro	10h 30m 10h 30m 10h 30m 10h 30m	Te. grave de de. grave
	Dieta clara - 2x/dia Siga 9h. 50ml. de Soro + 500ml. de Soro de 40ml. de Soro + 40ml. de Soro	10h 30m 10h 30m 10h 30m 10h 30m	Te. grave de de. grave
	Dieta clara - 2x/dia Siga 9h. 50ml. de Soro + 500ml. de Soro de 40ml. de Soro + 40ml. de Soro	10h 30m 10h 30m 10h 30m 10h 30m	Te. grave de de. grave
	Dieta clara - 2x/dia Siga 9h. 50ml. de Soro + 500ml. de Soro de 40ml. de Soro + 40ml. de Soro	10h 30m 10h 30m 10h 30m 10h 30m	Te. grave de de. grave
	Dieta clara - 2x/dia Siga 9h. 50ml. de Soro + 500ml. de Soro de 40ml. de Soro + 40ml. de Soro	10h 30m 10h 30m 10h 30m 10h 30m	Te. grave de de. grave
	Dieta clara - 2x/dia Siga 9h. 50ml. de Soro + 500ml. de Soro de 40ml. de Soro + 40ml. de Soro	10h 30m 10h 30m 10h 30m 10h 30m	Te. grave de de. grave
	Dieta clara - 2x/dia Siga 9h. 50ml. de Soro + 500ml. de Soro de 40ml. de Soro + 40ml. de Soro	10h 30m 10h 30m 10h 30m 10h 30m	Te. grave de de. grave
	Dieta clara - 2x/dia Siga 9h. 50ml. de Soro + 500ml. de Soro de 40ml. de Soro + 40ml. de Soro	10h 30m 10h 30m 10h 30m 10h 30m	Te. grave de de. grave



DOCUMENTO 5 *T54*



ANGELUS
seguros
28 JUL. 2016



CPF - Comprovante de Inscrição

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 040.899.474-64
Nome: AMERICO CLAUDIO MESQUITA FILHO
Nascimento: 24/02/1981

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
D652:B0C3:8B6E:47F5

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet no endereço
www.receita.fazenda.gov.br
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:15:53 do dia 30/06/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

ANGELUS
seguros
28 JUL 2016



PB Nº 012426810973 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.dpvatseguradoraantio.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015-01-27 11:20:15

1-04089947ABR / CNPJ

00684827689 HONDA/CG 195 FANFMS

2015-01-27 9C2JCAITDER106506

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 15,00

DATA DO SEGURO

2015-01-27

SEGURO

2 A G.O.

30m UNICA

Parcelado

24/11/2015

SECURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.208.680/0001-04

WWW.LIDERDPVAT.COM.BR

00886-1355280-20151127

OUTUBRO 2015

28 JUL 2016

